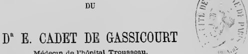
TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU



Dr E. CADET DE GASSICOURT
Médecin de l'hôpital Trousseau.

A L'APPUI DE SA CANDIDATURE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SECTION DE PATHOLOGIE MÉDICALE)

NOVEMBRE 1882

PARIS
TYPOGRAPHIE A. HENNUYER
RUE DARCET, 7

1882

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES SCIENTIFIQUES.

I. — *Nominations et concours.*

1851. Interne des hôpitaux.

1856. Docteur en médecine.

1865. Médecin du Bureau central des hôpitaux.

1869. Médecin de l'hospice des Incurables.

1872. Médecin à l'hôpital Saint-Antoine.

1874. Médecin de l'hôpital Trousseau (Enfants malades).

II. — *Distinctions honorifiques.*

Membre de la Société anatomique, de la Société médicale des hôpitaux, de la Société de thérapeutique, de la Société clinique.

1871. Chevalier de la Légion d'honneur.

PUBLICATIONS DIVERSES.

1. Recherches sur la ruptnre des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins.

Thèse pour le doctorat en médecine.

Le point de départ, l'occasion de cette thèse a été un fait, très remarquable et très rare, observé par moi pendant mon internat dans le service du professeur Cruveilhier.

Il s'agissait d'un kyste hydatique situé sur le trajet et probablement développé dans la paroi du canal cholédoque, communiquant avec ce canal par deux ouvertures, l'une supérieure, l'autre inférieure. Pendant sa vie, le malade avait présenté les symptômes d'une hépatite avec ictère foncé, et il avait succombé avec tous les caractères de l'ictère grave décrit par Ozanam.

Cette observation, dans laquelle un kyste hydatique s'était ouvert spontanément dans le canal cholédoque et avait amené la mort, m'a donné l'idée de rechercher les lois qui présidaient à la rupture spontanée des kystes hydatiques du foie, soit au dehors, soit dans les organes voisins.

J'ai bientôt reconnu que cette rupture avait des conséquences très différentes, selon qu'elle se faisait dans une direction ou dans une autre, et que, contrairement à ce qu'on aurait pu croire, ce n'étaient pas les ruptures à travers la paroi abdominale qui donnaient la plus faible mortalité. Tandis, en effet, que l'ouverture spontanée à travers cette paroi est suivie de mort dans les deux tiers des cas, le passage des hydatides dans l'intestin est le plus souvent suivi de guérison. Lorsque la rupture se fait dans le poumon et dans la plèvre, le pronostic est beaucoup plus grave ; la mort n'est cependant pas sensiblement plus fréquente que dans les cas de perforation de la paroi abdominale.

En revanche, le passage des hydatides dans l'estomac, le péricarde,

les voies biliaires, est presque toujours mortel ; et lorsque ces corps étrangers pénétrent dans le péritoine, la terminaison est nécessairement et rapidement fatale.

Je ne me suis pas contenté, dans cette thèse, de montrer comparativement les chances de mort ou de guérison que pouvaient offrir les diverses sortes de perforations, je me suis efforcé aussi d'établir une symptomatologie raisonnée et de tracer les caractères différenciels de ces accidents. Il importe d'autant plus, en effet, de poser un diagnostic précis, que le jugement à porter sur l'issue de la maladie en dépend plus directement.

Mais il me paraît inutile d'insister sur un travail de jeunesse, dont le mérite tout relatif consiste surtout dans le désir que j'ai eu de bien faire et dans l'effort que j'ai fait pour y parvenir.

2. Note sur l'emploi du sulfate d'ésérine dans la chorée.

Journal de thérapeutique de Gubler (1re année).

Dans ce travail j'étudie les effets du sulfate d'ésérine employé en injections dans la chorée.

L'injection a été faite de deux façons :

1° A la dose de 3 milligrammes d'un seul coup ;

2° A la dose fractionnée de 1 milligramme toutes les heures et demie, la dose totale étant de 6 milligrammes.

Cette étude est divisée en deux parties : *Effets physiologiques. — Effets thérapeutiques.*

A la dose massive de **3** *milligrammes*, les *effets physiologiques* ont été les suivants :

Rougeur de la face et du tronc, parfois de toute la surface cutanée. Hyperesthésie très marquée. Vomissements glaireux. Convulsions du diaphragme, des muscles abdominaux, parfois des muscles intestinaux ; spasme de la glotte ;

Parésie consécutive et passagère du diaphragme. Sialorrhée plus ou moins abondante. Sueurs profuses ;

Ralentissement de la respiration et abaissement de la température.

Tous ces phénomènes sont identiques à ceux qui ont été observés chez les animaux par MM. Leven, Laborde, Martin-Damourette.

A la dose de 1 *milligramme*, répétée toutes les heures et demie, jusqu'à 6 milligrammes, l'injection de sulfate d'ésérine n'a produit qu'un seul symptôme : le sommeil; et encore ce phénomène n'a-t-il pas été constant.

Quant aux effets thérapeutiques, ils ont été complètement nuls ; j'en donne les preuves.

Les conclusions de cette étude sont donc celles-ci :

1° Le sulfate d'ésérine, employé en injections, exerce une action physiologique identique chez l'homme et chez les animaux ;

2° L'action thérapeutique étant nulle, l'emploi de ce moyen doit être abandonné dans le traitement de la chorée.

3 De l'hémophilie.

France médicale, 1876.

Ce travail a été inspiré par l'observation d'un enfant, atteint d'hémophilie, qui était entré pour quelques jours dans ma salle Saint-Joseph, à l'hôpital Trousseau. Ce jeune garçon appartenait à une famille d'hémophiles : son frère et une de ses sœurs présentaient les symptômes caractéristiques de la maladie. Son entrée à l'hôpital avait été nécessitée par une hématurie très abondante, qui disparut d'ailleurs en quelques jours.

A propos de ce petit malade, je me suis livré à une étude complète de l'hémophilie. J'ai fait ressortir aussi les dangers que font courir aux hémophiles les opérations sanglantes, en particulier, la trachéotomie. Peu de jours auparavant, j'avais été témoin d'un fait qui m'avait vivement impressionné : une petite fille, atteinte du croup, était arrivée à la

deuxième période de l'asphyxie ; la trachéotomie fut décidée. Mais à peine la trachée eut-elle été ouverte, qu'une hémorrhagie effroyable se déclara ; l'enfant succomba en quelques minutes. Des renseignements, malheureusement trop tardifs, nous apprirent que l'enfant était hémophile.

4. Du croup secondaire.

Gazette hebdomadaire, 1876.

Le croup inflammatoire existe-t-il ? Et, s'il existe, dans quelles conditions peut-il se produire ? Telle est l'idée maîtresse de ce petit mémoire.

M'appuyant sur quelques idées émises dans l'ouvrage de Barthez et Rilliet à propos de la laryngite ulcéreuse, rassemblant quelques faits qui m'étaient personnels, les comparant à ceux que divers auteurs avaient publiés, j'en arrivais à conclure que, dans certaines circonstances exceptionnelles, des pseudo-membranes pouvaient se développer sur des ulcérations laryngo-trachéales préexistantes et produire un croup qui ne serait pas de nature diphthérique.

J'entourais ces idées de beaucoup de réserves ; je faisais même ressortir la part d'hypothèses que comportaient de semblables données. Rien n'est plus difficile, en effet, que d'asseoir une opinion positive sur ce sujet, et je ne pensais pas qu'il m'appartînt de trancher définitivement, à l'aide de quelques faits, une question aussi controversée que celle du croup inflammatoire. Je terminais donc en faisant appel aux recherches futures des anatomo-pathologistes et des micrographes.

5. Rapport sur le travail du docteur Revilliod, de Genève, intitulé : Croup et trachéotomie à Genève.

Société des hôpitaux, 1876.

A propos du travail du docteur Revilliod, j'étudie la question de la contagion diphthérique, les diverses méthodes employées pour pratiquer la

trachéotomie, les causes des succès et des revers à la suite de l'opération et dans le traitement de la diphthérie. Je rapporte plusieurs faits dans lesquels les bourgeons charnus, développés sur les bords ou dans le voisinage de la plaie, se sont opposés à l'ablation définitive de la canule. Enfin je recherche les conditions les plus favorables au traitement de la maladie, et je discute la question de l'isolement des malades, soit dans l'intérieur même de l'hôpital, au moyen de pavillons séparés, soit dans des pavillons spéciaux, soit enfin hors de l'hôpital.

6. Fièvre typhoïde compliquée de méningite franche.

Société clinique de Paris, 1877.

Cette observation, suivie de réflexions, est surtout intéressante par sa rareté. Après avoir été acceptée avec une facilité trop grande et sans contrôle suffisant, l'idée de méningite franche compliquant la fièvre typhoïde a été niée d'une manière absolue. Il importe de rétablir la vérité des faits sur des bases indiscutables : la méningite se montre très rarement dans le cours de la fièvre typhoïde; les phénomènes ataxiques ne sont nullement causés par elle. Il est cependant des cas où la méningite existe, et ces cas sont incontestables. L'observation que je signale est destinée à le prouver.

7. Etude comparative du chlorate de potasse, du cubèbe et du salicylate de soude dans le traitement de la diphthérie.

Société de thérapeutique, 1877.

Le but de cet étude est de mettre sous les yeux du lecteur le relevé impartial des faits observés par moi pendant trois années, et de montrer ce qu'on peut légitimement attendre de quelques-uns des traitements institués contre la diphthérie.

Je présente successivement le tableau des angines diphthériques et

des croups, et j'étudie l'action comparative du chlorate de potasse, du cubèbe, du copahu, du salicylate de soude.

Je démontre alors que si, à première vue, et en considérant le résultat brut du traitement, le chlorate de potasse semble avoir une efficacité curative très supérieure à celle des deux autres médicaments, on ne tarde pas à reconnaître que cette supériorité n'est qu'apparente, et que les guérisons ou les morts sont dues à la bénignité ou à la gravité des cas.

Je termine enfin, et c'est là ma conclusion, en montrant que nous ne restons pas inactifse n présence de la diphthérie, quand nous luttons sans trêve, par tous les moyens, par tous les subterfuges, contre la fatale tendance à l'affaiblissement organique, qui est le caractère spécial de la diphthérie grave et qui emporte souvent les malades, même après la disparition des fausses membranes.

8. Du traitement de la teigne tondante par l'huile de croton (procédé du docteur Ladreit de la Charrière).

Bulletin général de thérapeutique, 1877.

Après avoir exposé les diverses méthodes de traitement employées contre la teigne, et en particulier celle du docteur Ladreit de la Charrière, j'entre dans le détail de mes expériences personnelles :

J'ai traité trente-deux cas de teigne tondante, sur lesquels j'ai obtenu vingt et une guérisons.

La durée totale du traitement, chez les malades guéris, a été d'un mois au minimum et d'onze mois au maximum. Le nombre des applications nécessaires pour amener la guérison a été d'une à neuf, le plus souvent quatre ou cinq.

Après avoir ainsi établi la durée et le mode de traitement pour les guérisons, j'étudie les conditions dans lesquelles elles se sont produites, ce qui m'amène naturellement à rechercher pourquoi elles n'ont pas été constantes ; c'est le chapitre des accidents et des insuccès, dont je signale également les causes.

Cette longue étude m'a permis d'arriver à des conclusions très nettes sur la valeur de ce traitement, sur sa durée, sur l'avantage qui résulterait de la suppression de l'épilation, si elle était possible.

En terminant, je résumais ainsi ma pensée : les conditions de succès et d'insuccès une fois bien connues, les causes en sont faciles à comprendre. Quand, par suite du peu de ténacité de la maladie, un petit nombre d'applications d'huile, faites à de longs intervalles, a suffi pour tuer le trichophyton, la guérison a été prompte et l'inflammation légère. Mais quand il a fallu poursuivre sur de vastes étendues, à coups pressés, le parasite qui se dérobait au-delà même des limites apparentes du mal, la guérison n'a été obtenue qu'après inflammation violente et destruction du bulbe pileux ; ou même l'échec a été complet, parce que je m'arrêtais devant la maladie nouvelle que j'avais créée ; je ne voulais pas donner le prix dont il m'aurait fallu payer la guérison radicale.

9. Broncho-pneumonie simulant la pneumonie franche, avec convulsions cloniques et contractures.

En collaboration avec le docteur Balzer (*Gaz. méd.*, 1879).

Ce travail n'est pas une simple observation suivie de réflexions ; il a une portée plus haute. C'est la première étude qui ait été faite d'une forme nosologique nouvelle : la *broncho-pneumonie pseudo-lobaire suraiguë.*

La broncho-pneumonie pseudo-lobaire suraiguë est une affection dans laquelle les symptômes sont ceux de la pneumonie franche, et les lésions celles de la broncho-pneumonie. La connaissance de cette forme particulière n'intéresse pas seulement le nosologiste, elle intéresse aussi le praticien ; car si la symptomatologie est celle de la pneumonie franche, le pronostic est celui des formes les plus graves de la broncho-pneumonie. Tandis, en effet, qee la pneumonie franche guérit toujours chez l'enfant, la broncho-pneumonie pseudo-lobaire suraiguë paraît être toujours et rapidement mortelle.

Les conditions dans lesquelles ces deux formes se développent pourraient bien aussi être différentes; il y aurait, sous ce rapport, une étude intéressante à faire chez les enfants âgés de moins de deux ans, et surtout de moins d'un an; mais je ne puis insister davantage, sous peine de me lancer dans le champ des hypothèses.

10. Affection congénitale du cœur. — Rétrécissement da l'artère pulmonaire. — Communication entre les deux cœurs par le septum interventriculaire. — Insuffisance de l'orifice tricuspide. — Cyanose. — Tuberculosa généralisée. — Examen histologique du cœur. — Pathogénie.

Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, 1882.

Mon intention, dans ce travail, a été de fixer les règles qui permettent de poser un diagnostic précis dans les affections congénitales du cœur. Le cas que j'avais observé se prêtait à une étude minutieuse et offrait des facilités particulières pour atteindre mon but.

Aussi ai-je pu arriver à un diagnostic presque complet, par la constatation attentive des signes physiques et des symptômes généraux. Les résultats de la percussion, le siège et la direction des bruits de souffle, etc., tout était en accord avec les lésions trouvées à l'autopsie.

Les recherches histologiques, faites avec le plus grand soin, m'ont permis de discuter quelques points de pathogénie. J'ai pu juger en dernier ressort l'hypothèse de Chevers, qui explique la cyanose congénitale, dont l'intensité est si supérieure à celle des maladies acquises, par la dilatation extrême du réseau capillaire; j'ai montré que le réseau capillaire était parfaitement normal, et que nulle part il ne présentait de dilatation.

Mais j'ai été amené aussi à me demander si l'opinion de Bouillaud, qui regarde les lésions congénitales du cœur comme le résultat d'une endocardite développée avant la naissance, était toujours exacte. Cette question, fort importante, de pathogénie m'a paru digne d'examen; les lésions histologiques, constatées dans le cœur de l'enfant qui faisait l'objet

de ce mémoire, m'ont fait penser que, chez ce sujet, les altérations de l'artère pulmonaire et celles de l'orifice tricuspide étaient la conséquence, non de l'inflammation, mais d'un arrêt de développement.

La conclusion de ce mémoire est la suivante : la cause des malformations congénitales des orifices du cœur n'est pas toujours la même ; l'inflammation peut y jouer son rôle, l'arrêt de développement, le sien. Rien ne nous autorise à trancher définitivement ces questions.

11. Communications diverses et rapports à la Société anatomique, à la Société médicale des hôpitaux, à la Société de thérapeutique. — Articles de journaux.

12. Traité clinique des maladies de l'enfance.

Les deux premiers volumes ont paru en 1880-1882.

Il fallait une certaine dose de courage pour entreprendre la publication d'un *Traité clinique des Maladies de l'Enfance*, quand nous possédons déjà le grand ouvrage de MM. Barthez et Rilliet, et après l'apparition du premier volume des leçons cliniques de M. Roger. Mais j'ai pensé qu'après tout je n'entrais pas en lutte avec ces maîtres, que, dans toute œuvre de bonne foi, l'observation personnelle avait son prix, et qu'il était peut-être opportun de parler, lorsqu'on avait quelque chose à dire.

Or, j'ai cru, à tort ou à raison, avoir quelques idées nouvelles ; non pas, sans doute, de ces idées larges et fécondes qui changent la face de la science, non pas même de celles qui font découvrir une maladie jusqu'alors ignorée, mais de celles qui éclairent du moins, d'une lumière plus nette et plus vive, certains coins restés obscurs, et qui, par le goût et l'étude du détail, complètent les constructions nosologiques déjà élevées par d'autres mains.

C'est ainsi qu'après avoir lu les beaux travaux de mon ami regretté

le docteur Woillez, j'ai étudié chez les enfants la marche et les symptômes des congestions pulmonaires aiguës, les prenant d'abord à leur état de simplicité et de pureté absolues, poursuivant ensuite leur développement et retrouvant leurs traits plus ou moins altérés dans les diverses maladies des organes respiratoires.

En suivant cette marche, en ne perdant jamais de vue mon point de départ, j'ai pu tracer, de la bronchite et de la pneumonie lobaire, un portrait ressemblant, quoiqu'il diffère de celui que nous ont donné la plupart des auteurs.

Mais c'est surtout lorsque je suis arrivé à l'étude de la broncho-pneumonie que j'ai pu apprécier l'admirable instrument dont M. Woillez m'avait armé. Par son aide, grâce à la connaissance intime que j'avais de la congestion pulmonaire aiguë, j'ai pu constituer la physiologie pathologique de la maladie, et comprendre son évolution avec une précision, une clarté qui, sans cela, m'auraient toujours fait défaut.

Je ne me suis pas borné à retracer le rôle de la congestion dans les affections pulmonaires de l'enfance. J'aurais été inexcusable de ne pas moissonner largement le vaste champ d'observations que m'ouvrait l'hôpital Trousseau, et de ne pas profiter des occasions qui m'étaient partout offertes. J'ai donc fouillé dans tous les sens l'histoire si ardue de la broncho-pneumonie, et j'espère que la description de son anatomie pathologique, de ses formes, des conditions de sa guérison et de sa terminaison fatale, sera utile à ceux qui voudront connaître cette maladie, d'une physionomie si complexe et d'une allure si capricieuse.

Le premier volume se termine par une série de leçons consacrées à la pleurésie, séreuse et purulente, aux adénopathies péribronchiques, à la tuberculose pulmonaire. Ainsi se trouve fermé le cercle des affections des organes respiratoires.

Là, le rôle de la congestion tenait une bien moindre place, car elle ne se retrouvait que dans la tuberculose des poumons. Mais, en revanche, la thermométrie acquérait une importance capitale pour le traitement de la pleurésie purulente par les ponctions successives; elle permettait

aussi de suivre facilement la marche de la tuberculose aiguë, et elle éclairait d'une vive lumière son début à grand fracas par broncho-pneumonie pseudo-lobaire suraiguë.

Le second volume est divisé en deux parties à peu près égales : dans la première se trouvent les affections congénitales du cœur et le rhumatisme sous toutes ses formes : articulaire, cardiaque, pleural, cérébral et spinal; la seconde contient les maladies infectieuses : coqueluche, oreillons, varicelle, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde.

J'ai cherché à rendre claire l'histoire des affections congénitales du cœur; je ne me flatte pas d'y être parvenu. Trop de lacunes y existent encore, trop de questions sont en suspens, pour qu'il soit possible de se satisfaire soi-même en traitant ce sujet. Cependant les observations personnelles que j'ai rassemblées avanceront quelque peu, je l'espère, la solution d'un certain nombre de problèmes. Je me suis attaché à faire ressortir, par exemple, les conditions dans lesquelles la mort est plus ou moins prochaine, et j'ai cherché à bien caractériser les lésions qui ne menacent pas directement la vie. Pour y parvenir, je suis entré dans les détails les plus minutieux du diagnostic : on ne saurait s'entourer de trop de lumières dans un sujet aussi ardu.

Les affections rhumatismales ont été traitées avec de grands développements; ils étaient rendus nécessaires par la fréquence des complications, particulièrement des complications cardiaques, et par l'existence d'une forme spéciale de rhumatisme presque exclusive à l'enfance : je veux parler de la *chorée*.

Les affections du cœur, chez les enfants, sont un sujet d'études d'autant plus intéressant, que peu de travaux ont été publiés sur ce point de pathologie; notre maître M. Roger est un des rares médecins qui s'en soient occupés. Pourtant, la fréquence relative de leur guérison, et le mécanisme par lequel cette guérison se produit étaient bien dignes de fixer l'attention. J'ai recherché aussi, et je crois être le premier qui soit entré dans cette voie, par quel processus les affections cardiaques amenaient la mort chez les enfants, et j'ai reconnu que les malades suc-

combaient toujours à la péricardite, aiguë, subaiguë ou chronique. Dans le premier cas, c'est l'abondance ou la nature de l'épanchement péricardique qui cause la mort: dans les autres, les enfants succombent avec une symphyse cardiaque plus ou moins complète. D'où l'on peut tirer cette conclusion, de la plus haute importance pratique : Tant que le péricarde n'est pas atteint, la vie de l'enfant n'est pas immédiatement menacée. Je ne puis entrer ici dans les détails anatomo-pathologiques qui expliquent la terminaison fatale dans la symphyse cardiaque; il suffit que l'attention soit éveillée sur ce sujet important.

Dans les leçons consacrées à la chorée, j'ai accumulé les preuves qui démontrent que cette affection est, dans la très grande majorité des cas, un rhumatisme du systéme nerveux. Je rapporte une autopsie de rhumatisme cérébral terminant une chorée, qui me semble trés démonstrative à ce point de vue.

La seconde moitié du volume contient unc série de leçons sur les maladies infectieuses : coqueluche, oreillons, fiévrcs éruptives, fiévrc typhoïde.

Ici, je ne pouvais avoir la prétention d'innover. Je n'ai pourtant avancé aucun fait sans l'avoir soumis au contrôle de ma propre expérience, et je pense avoir complété sur plusieurs points les travaux de mes devanciers. Pour la scarlatine, notamment, j'ai tracé une histoire très complète, et, par certains côtés, assez nouvelle, des bubons scarlatineux. Je me suis attaché aussi à éclaircir, autant qu'il a été en moi, les questions relatives à la néphrite scarlatineuse, questions fort controversécs aujourd'hui, et qui divisent encore les meilleurs esprits.

La fièvre typhoïde n'est pas une maladie propre à l'enfance, assurément; elle y est pourtant d'une grande fréquence. Je ne pouvais donc la passer sous silence. Mais je n'ai eu garde de traiter complètement la question ; j'ai voulu toucher seulement quelques points spéciaux : l'évolution et le pronostic de la maladie chez les enfants, les variations de la température, les rechutes, les caractères du pouls, les œdèmes localisés, etc.

Enfin, le cachet clinique et pratique que j'ai imprimé à cet ouvrage m'amenait forcément à traiter avec le plus grand soin la partie thérapeutique. Je n'ai pas cru devoir, il est vrai, passer en revue toutes les médications préconisées contre chaque maladie, ni encombrer mon livre de formules presque toujours inutiles et parfois nuisibles. J'ai cherché, au contraire, à tracer des règles de traitement assez précises pour être facilement applicables, assez souples pour s'adapter aux divers cas et aux diverses formes des maladies. Le témoignage de quelques collègues me fait espérer que mon but a été atteint.

Dans le troisième et dernier volume, aujourd'hui en préparation, je décrirai surtout la diphthérie et la méningite tuberculeuse. Quelques sujets de moindre importance y seront joints, mais la meilleure part de mes efforts portera sur l'étude de ces deux redoutables fléaux, dont l'un accroît chaque année le nombre de ses victimes, et dont l'autre n'épargne aucun de ceux qu'il atteint.

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. HENNUYER, RUE DARCET, 7.